

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 211.

GROSSESSE

ET

Malformations craniennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

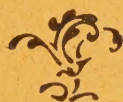
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE LOUBENS

Né le 26 Septembre 1893, à Belfort,

Médecin Aide-Major de 2^e classe.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 211.

GROSSESSE

ET

Malformations craniennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Mai 1920

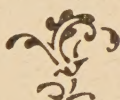
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE LOUBENS

Né le 26 Septembre 1893, à Belfort,

Médecin Aide-Major de 2^e classe.



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BÉRARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. X... ARLOING. ETIENNE MARTIN. COURMONT (P.). PIC FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.....	
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie.....	
Anatomie générale et Histologie.....	
Physiologie.....	
Pathologie interne.....	
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique.....	
Médecine opératoire.....	
Médecine expérimentale et comparée.....	
Médecine légale.....	
Hygiène.....	
Thérapeutique.....	
Pharmacologie.....	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	X... —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD, —
Clinique infantile.....	X... —
Déontologie et médecine professionnelle.....	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. COMMANDEUR. NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE. VORON. NOGIER.	MM. BRETIN. LERICHE. THEVENOT, Léon. TAVERNIER. CADE. GUILLEMARD.	MM. GARIN. SAVY. FROMENT. THEVENOT, Lucien. PIÉRY. COTTE.	MM. DUROUX. BONNAMOUR, char- gé des fonctions. SARVONAT, id. FAVRE, id. GRAVIER, id. ROUBIER, id.
---	---	---	--

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, Président ; POLOSSON, A., Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE,
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON,
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX,
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS COMMANDEUR
ET VORON,
ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX.

A MONSIEUR LE D^r RHENTER,
CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA CHARITÉ.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

INTRODUCTION.

Il y a eu, en février de cette année, un cas très intéressant d'Anencéphalie à la clinique obstétricale de la Charité. Cette observation, présentée à la réunion obstétricale de Lyon du 5 février 1920 par Messieurs FABRE et RHENTER, nous a donné l'idée de ce travail. Les tératologistes ont fait beaucoup de recherches sur les malformations céphaliques, mais ils ne se sont appliqués qu'à l'étude anatomique et physiologique de ces monstruosité. Il nous a paru intéressant, en cet état de choses, de prendre comme sujet de thèse : « Grossesse et malformations crâniennes », nous plaçant au seul point de vue clinique.

Dans une telle question on ne saurait évidemment songer à poser de façon ferme le diagnostic de la malformation fœtale, mais du moins il apparaît que certains signes peuvent attirer l'attention et faire naître la présomption d'une anomalie céphalique.

C'est ce point que nous avons voulu développer dans notre thèse, heureux si ces matériaux recueillis sont de quelque utilité à ceux qui, plus heureux que nous, pourront compléter ce sujet.

Nous remercions Monsieur le Professeur FABRE du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance, ainsi qu'à Messieurs les Professeurs agrégés COMMANDEUR et VORON, d'avoir bien voulu nous fournir toutes les observations que nous apportons.

Nous remercions encore Monsieur le D^r RHENTER, chef de clinique à la Charité, qui nous a guidé de ses conseils et nous a toujours manifesté l'accueil le plus bienveillant.

A tous nos maîtres nous rendons un respectueux hommage.

Nous saurons, dans l'amour de la médecine et le souvenir de leurs bonnes leçons, puiser la force nécessaire pour secourir, avec l'aide de Dieu, la commune souffrance.

CHAPITRE PREMIER.

Généralités.

Isidore GEOFFROY-SAINT-HILAIRE divise les monstres unitaires autosites (il entend par là ceux qui se procurent eux-mêmes leur nourriture) en quatre tribus, suivant la localisation de la monstruosité aux membres, au tronc, au crâne et à la face. Les Anencéphaliens forment la troisième famille dans le classement des monstruosité céphaliques. Notre aperçu général comportera surtout l'étude de ces Anencéphales, car les monstres à malformations céphaliques ne sont séparés les uns des autres que par des différences de degrés, et les Anencéphaliens représentent les cas les plus typiques par leur absence totale d'encéphale. D'ailleurs, sur 15 observations que nous avons pu recueillir, il s'agissait 11 fois de fœtus anencéphales.

Leur caractère principal est de ne posséder ni encéphale ni moelle épinière, tandis que les deux autres familles de cette troisième tribu ont plus ou moins de substance nerveuse, les Pseudencéphaliens simplement quelques vestiges, les Exencéphaliens étant les plus favorisés par un cerveau mal conformé, il est vrai, incomplet, placé au moins en partie hors de la cavité crânienne.

L'Anencéphalie comprend les deux genres suivants :

1° Dérencéphale.

2° Anencéphale.

Chez les Dérencéphales, le crâne est largement ouvert en haut, les os sont rejetés latéralement. L'arrêt de développement atteint la partie postérieure de l'occipital et par conséquent il n'est point trace de trou occipital. Il porte aussi sur les vertèbres cervicales, et ces monstres sont atteints de spina-bifida, pouvant s'étendre jusqu'à la première vertèbre dorsale. Quant aux centres nerveux, qu'il s'agisse de l'encéphale ou de la moelle, ils manquent complètement dans la portion ouverte du canal.

Chez les anencéphales proprement dits, tout le canal rachidien est transformé en gouttière et la moelle fait complètement défaut.

Nous voyons donc qu'ici encore, il n'existe, entre Dérencéphaliens et Anencéphaliens, qu'une différence de degrés ; aussi serons-nous appelés à ne pas les séparer dans la recherche clinique que nous allons faire, après ces considérations générales, au sujet des signes de l'anencéphalie pendant la grossesse.

D'ailleurs, pratiquement, il ne semble pas que les trois familles de cette troisième tribu des monstres autosites puissent posséder des signes différents de diagnostic, avant le travail, qui permettent de les ranger, par avance, dans telle ou telle catégorie déterminée.

Disons quelques mots sur leur forme générale et leur physionomie particulière. Ces monstres ont à peu près tous le même aspect anatomique : la tête est très petite, les yeux sont saillants et le front semble manquer tant il

est aplati et fuyant. La tête est enfoncée entre les épaules, la face regarde en haut. Le cuir chevelu n'est représenté que par une couronne cessant brusquement sur une ligne circulaire qui fait le tour de la tête. Il y a comme une rainure cicatricielle très nette, au delà de laquelle on trouve une membrane lisse, dépourvue de cheveux, se continuant en arrière avec les téguments du cou. Si nous ajoutons que les oreilles sont au niveau des épaules, nous avons fini l'esquisse de ces monstres, dont le dessein est si vivant sur la planche IX de l'atlas composé par GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, intitulé « Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux ». L'aspect de ces enfants est hideux, on les a comparés à des crapauds.

Les modifications du crâne, du rachis et de leur contenu, offrent non-seulement entre elles des relations constantes, mais encore sont dans un rapport intime avec l'état des téguments généraux. La peau ne recouvre pas les régions crâniennes et vertébrales déhiscentes, elle s'arrête au voisinage de la gouttière ainsi formée. Remplissant cet espace produit par l'effacement osseux, on voit une poche volumineuse, remplie de sérosité, dont la membrane mince se rompt pendant l'accouchement, et n'est plus représentée que par quelques lambeaux flottants.

On serait conduit à admettre la non existence des nerfs rachidiens en coïncidence avec l'absence de l'axe central du système nerveux : il n'en est rien, et leur disposition est parfaitement régulière.

Bien que les Anencéphales aient à peu près tous cette physionomie générale, nous signalerons parmi eux quelques différences : le nombre des vertèbres atteintes par

la scissure n'est pas le même chez tous les individus : « La largeur de la gouttière qui remplace le canal rachidien varie beaucoup moins que sa longueur, et sa profondeur est aussi à peu près la même dans tous les sujets, c'est-à-dire très faible » (G.-SAINT-HILAIRE). Du côté de la tête, la fissure du palatin a été observée. D'autres modifications spéciales viennent parfois s'ajouter aux anomalies typiques : « de fortes incurvations du rachis, des gibbosités, l'absence de phalanges unguéales et de secondes phalanges, l'imperforation de l'anūs et surtout l'éventration » (G. SAINT-HILAIRE).

Au point de vue anatomie profonde, on a noté souvent l'absence des capsules surrénales.

Les Anencéphaliens naissent le plus souvent dans le courant du huitième mois.

On a, bien entendu, voulu mettre la naissance des Anencéphales sur le compte d'accidents, et le plus souvent d'accidents moraux survenus au cours de la grossesse. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE cite plusieurs cas de femmes ayant accouché d'Anencéphales qui auraient eu de grandes frayeurs pendant leurs grossesses : « La mère de l'anencéphale de VALSALVA et de MORGAGNI avait eu pendant sa grossesse des chagrins dont la cause n'est pas indiquée, et versait fréquemment des larmes abondantes. Celle d'un anencéphale, né en 1824 à la Maternité, avait été effrayée par deux de ses compagnes, qui s'étaient précipitées sur elle brusquement et avec bruit, au moment où elle passait sans lumière d'une chambre dans une autre. Enfin je citerai pour dernier exemple un quatrième anencéphale dont la mère devenue enceinte par suite de relations secrètes avec un juif, était sans cesse obsédée de terreurs reli-

gieuses : des fantômes, des démons, des êtres fantastiques et hideux s'agitaient chaque nuit devant elle, et la privaient de tout repos. »

L'accouchement naturellement prématuré d'un anencéphale a lieu de ce fait très facilement. La plupart du temps la simple contraction utérine provoque la rupture de la poche hydro-rachique, et le monstre présente généralement à sa naissance un état d'embonpoint plus qu'ordinaire qui prouve sa santé parfaite jusqu'à sa sortie de l'utérus.

La vie extra-utérine des anencéphales est actuellement prouvée par de nombreuses observations qui en font foi : « le premier dérencéphale de M. Vincent PORTAL vécut un quart d'heure et eut de violentes convulsions : sa vie se fut sans doute prolongée davantage, si une femme qui le tenait, ne l'eût laissé tomber à terre. L'anencéphale de FAUVEL vécut deux heures, et donna, en recevant le baptême, des signes de sensibilité » (G. SAINT-HILAIRE). LALLEMAND cite, dans sa thèse de Paris 1818, l'observation d'un anencéphale qui vécut trois jours et fut nourri avec du lait et de l'eau sucrée. Maintes théories ont essayé d'expliquer cette possibilité pour les anencéphaliens d'une vie prolongée de quelques heures après la naissance. On ne peut invoquer pour eux la conservation de la moelle épinière comme chez les Pseudencéphaliens. Nous ne ferons que citer pour mémoire la théorie de HALLER, qui veut que la fibre musculaire ait la propriété de se contracter en vertu de son irritabilité... et, le muscle cardiaque étant l'agent fondamental de la vie, le sang lui donnerait son irritabilité propre indépendante des centres nerveux. L'on admet aujourd'hui l'action du système nerveux gan-

glionnaire, qui doit entretenir les phénomènes vitaux chez ces monstres, pendant les quelques instants de leur existence réelle.

L'étiologie de l'anencéphalie est encore discutée. Pour les uns, une affection déterminerait un amas de sérosité à la place de l'encéphale et ce liquide provoquerait la destruction de la substance nerveuse. C'est l'opinion émise par MORGAGNI que chez les anencéphales « le cerveau ne manquait pas dès le principe, mais qu'il diminuait par suite de l'hydrocéphalie qui le réduisait en eau et qu'il s'écoulait par un trou situé à l'extrémité supérieure de l'épine ». Pour d'autres auteurs (MECKEL, GEOFFROY-SAINT-HILAIRE), l'anencéphalie proviendrait d'un arrêt de développement : à une certaine époque de la vie embryonnaire, quelques vésicules pleines de sérosité, communiquant les unes avec les autres, constituent l'encéphale et la moelle ; celles-ci peuvent s'accroître sans formation à leur intérieur de la matière nerveuse... par elles, les parois osseuses crâniennes et rachidiennes resteront écartées, et l'anencéphalie en sera le résultat. Mais alors, pourquoi cette non formation de la substance nerveuse à l'intérieur des vésicules remplies de liquides séreux ? : parce que, dit DAVESNE, il existe une compression externe exercée par l'amnios. « J'ai constaté, explique-t-il, dans un très grand nombre de cas, que la cause qui empêche la formation des éléments de la substance nerveuse dans les vésicules encéphaliques et médullaires est l'augmentation considérable de la sérosité qui emplit leurs cavités.

« Cette hydropisie de l'axe cérébro-spinal n'existe jamais seule, elle s'accompagne d'une hydropisie de l'amnios et

quelquefois d'une hydropisie générale de toutes les parties de l'embryon ».

TARUFFI admet qu'il y a production inflammatoire vasculaire, empêchant le cerveau de se développer. On admet généralement que les malformations de l'anencéphalie sont dues à des brides amniotiques « Les pièces d'anencéphalie avec brides amniotiques ne sont pas rares en effet ; quant aux autres, on peut admettre un arrêt de développement de la voûte du crâne par compression de la tête au niveau du capuchon amniotique » (BRINDEAU).

Telles sont, en résumé, les notions anatomiques et embryogéniques essentielles que nous avons cru devoir réunir et exposer avant d'aborder la publication de nos observations.

De l'exposé de celles-ci, nous chercherons à dégager les éléments sur lesquels il serait possible de baser, au cours de la grossesse, un diagnostic que nous n'osons certes dire certain, mais en tous cas de probabilité, au sujet de cette lamentable malformation.

CHAPITRE II.

Observations.

Les observations que nous allons citer nous ont été fournies par M. le Docteur FABRE, Professeur de la Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon, et MM. les Professeurs agrégés COMMANDEUR et VORON, accoucheurs des hôpitaux.

OBSERVATION I (FABRE. Observ. de clientèle).

*Primipare — Présentation de la face — Pas d'hydramnios
Fœtus anencéphale.*

Madame X., primipare, examinée à 8 mois révolus :

Utérus de volume normal. Pas d'hydramnios.

Au palper, on perçoit une tête fixée au détroit supérieur, à contours très précis.

Le dos est à gauche, les petits membres sont à droite, l'épaule est localisée très nettement à gauche de la ligne médiane, et les bruits du cœur sont perceptibles à ce niveau.

On fait au palper le diagnostic de présentation du sommet en gauche transverse. Au toucher, l'excavation pelvienne paraît complètement vide. A bout de doigt, on perçoit une présentation à contours très imprécis, qui fuit sous le doigt : l'examen par le toucher donnerait plutôt l'impression d'un siège élevé.

A des examens successifs, la même contradiction se retrouve entre le palper qui impose toujours le diagnostic de sommet fixé et le toucher qui ne permet pas d'atteindre une présentation précise.

En présence de ces contradictions, on porte le diagnostic de malformations probables. A terme, l'accouchement se produit : le col étant dilaté à 3 cm., les membranes non rompues, on peut faire au toucher le diagnostic de présentation de la face, et on affirme alors le diagnostic d'anencéphalie.

La malade accouche effectivement d'un anencéphale.

En résumé, il s'agit d'une malade chez laquelle la contradiction plusieurs fois répétée entre les signes fournis par le palper et par le toucher permet de prévoir, à partir du 8^e mois, l'existence d'une grossesse d'apparence normale, avec anomalie céphalique, dont le caractère ne se précisa qu'au cours du travail...

Il ne fut jamais perçu de mouvements convulsifs au cours des nombreux examens pratiqués.

OBSERVATION II (FABRE).

Primipare — Accouchement à 7 mois — Fœtus anencéphale du sexe féminin — Siège décomplété mode des fesses.

La nommée B... est primipare. Elle a eu sa première époque menstruelle à l'âge de 13 ans. Sa menstruation a toujours été régulière. La dernière apparition des règles remonte au 20 septembre 1907. La date probable de l'accouchement devrait correspondre avec la fin de juin, or, les douleurs commencent à la clinique de la Charité, le 23 avril 1908. Au point de vue des antécédents héréditaires ou collatéraux, rien à signaler. La malade a des mouvements choréiques et un collier pigmentaire, sans autre signe de syphilis. A 13 heures, le 23 avril 1908, la poche des eaux est à la vulve. L'accouchement se fait en siège décomplété mode des fesses. L'enfant est une fille mort-née. Il s'agit d'un anencéphale.

OBSERVATION III (FABRE).

*Multipare — Hydramnios — Fœtus exencéphale — 11 h. 1/2
de vie extra-utérine.*

La nommée B..., Joséphine a 29 ans. Elle est ménagère.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : Elevée au sein, par sa mère. Réglée à 11 ans, régulièrement. Pas de maladies sérieuses.

Deux grossesses antérieures : Son 1^{er} enfant est âgé de 4 ans. Il est actuellement bien portant.

Accouchement facile. — Le second est mort d'affection inconnue. Sa seconde grossesse a été normale. Accouchement également facile.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 7 au 15 juin 1908. L'accouchement normal doit donc se faire le 18 mars. Sa grossesse évolue normalement. Pas de malaises.

20 mars. — Elle entre à la Clinique, parce que, depuis 2 ou 3 jours, elle ressent des douleurs dans les reins. A l'entrée, l'examen est difficile. Le ventre est dur. Cependant on arrive à sentir la tête, encore légèrement mobile, tendant à s'engager. Le front est à droite, le dos à gauche.

HU = 34 cm. Promontoire à 11 cm: 8. Col étalé, orifice externe ouvert. La malade a un faciès crétinoïde. Bosses frontales saillantes. Dents très irrégulièrement plantées, surtout au maxillaire inférieur. Parole embarrassée et lente ; mains courtes et trapues. Membres inférieurs normaux. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde. Intelligence très amoindrie.

26 mars. — Le palper donne presque les mêmes renseignements qu'à l'entrée : tête dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, l'orifice externe du col mesure 2 cm. Le segment est aminci et tendu comme s'il y avait de l'hydramnios. A travers le segment distendu, on ne sent pas de présentation. IIU = 35 cm.

9 avril. — Palper toujours très difficile. Tête haute contre la colonne vertébrale, peu mobile. Maximum des bruits du cœur à droite de la ligne blanche.

29 avril. — Ce matin, léger crachement de sang en toussant, mais on ne remarque rien à l'observation pulmonaire ou cardiaque.

HU = 41 cm. Tête très haute. Bruits du cœur = 120, à droite, réguliers. Grosse boule d'œdème sus-pubienne, remontant à 12 cm. au dessus du pubis. Œdème très prononcé des membres inférieurs.

2 mai. — 5 heures matin : Début des douleurs qui se reproduisent toutes les 2 ou 3 minutes.

9 heures matin : Entrée à la salle de travail. HU = 42 cm. Circonf. ombilic. = 96 cm.

Le palpation ne fournit aucun renseignement, à cause de la tension de la paroi abdominale et de l'état œdématisé.

Les bruits du cœur sont à droite, bien frappés.

Au toucher, l'orifice externe est tendu, irrégulier, assez mince, dilaté à 5 cm. La hauteur du col est de 4 à 5 cm. Poche des eaux très volumineuse. Parties fœtales très mobile, refoulables jusque dans le grand bassin. On fait un toucher profond pour s'assurer qu'il n'y a pas de procidence du cordon, ou de la main. Il est négatif.

11 heures matin : La poche des eaux se rompt spontanément, et donne issue à une assez grande quantité de liquide verdâtre, projeté violemment au pied du lit et sur le sol ; il renferme en outre une certaine quantité de sebum.

Le toucher, pratiqué aussitôt, donne les renseignements suivants :

On sent une partie fœtale qui s'engage, et donne l'impression d'une tumeur molle assez tendue, comme s'il s'agissait d'un kyste très tendu remplissant le petit bassin.

Au toucher profond, on perçoit en arrière de cette masse, une partie osseuse, résistante, en imposant pour le creux axillaire.

A une poussée de la parturiente, cette masse sort brusquement. La partie fœtale sort peu à peu et on voit apparaître successivement le front, la face, et enfin le menton.

Les tractions sont continuées au niveau du menton et de la nuque ; on abaisse l'épaule antérieure, le membre correspondant se dégage. On relève la traction, et à 11 h. 35, l'épaule postérieure et le tronc sortent sans difficulté.

L'enfant qui pèse 3490 grammes, est faible, mais vivant. Il ne crie pas, présente de l'exophtalmie et donne l'aspect d'un exencéphale. Il présente sur la tête une tumeur molle, tendue, et dont les dimensions sont, dans le sens transversal, d'une bosse pariétale à l'autre, de 17 cm., et dans le sens antéro-postérieur, c'est-à-dire de la nuque au front, de 25 cm.

Immédiatement après la naissance, l'enfant reste faible. On le met dans une couveuse à 30°.

Il meurt le soir même à 23 heures. Il a donc vécu 11 h. 1/2, environ.

OBSERVATION IV (FABRE).

Multipare — Fœtus anencéphale — Fille mort-née — Présentation de l'extrémité céphalique.

Le 3 octobre 1909, arrive à la Charité, la nommée B..., âgée de 25 ans, ménagère. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 13 ans. Celles-ci sont toujours restées irrégulières. Elle a eu trois accouchements antérieurs normaux. Deux des ses enfants sont morts, l'un à 22 jours, l'autre à six mois. Elle s'est plainte de douleurs abdominales pendant tout le cours de sa grossesse. Le 3 octobre, on entend les bruits du cœur, lents à droite. La dilatation du col est complète. Le fœtus se présente par le sommet. La durée de l'expulsion ne dure que 10 minutes. Hydramnios de 8 litres. Liquide noirâtre. Le fœtus est anencéphale. son poids est de 1180 grammes. On fait la délivrance artificielle. On compense une perte de sang de 800 grammes par du sérum. Le placenta pèse 390 grammes.

OBSERVATION V (FABRE).

Primipare — Fœtus anencéphale du sexe masculin.

Jeanne B... entre le 27 mars 1910, à la salle des douleurs de la Clinique obstétricale.

Elle a été réglée à l'âge de 13 ans. C'est une primipare. La dernière apparition des règles à eu lieu le 23 août 1909. L'accouchement aurait donc dû se produire à la fin mai. Après une longue dilatation de 11 heures, il naît un fœtus anencéphale, deux mois avant terme.

L'expulsion dure 15 minutes. Il s'agit d'un garçon de 630 grammes.

OBSERVATION VI (FABRE).

Primipare — Un fœtus exencéphale dans une grossesse gémellaire — Hydramnios.

La nommée D... est âgée de 20 ans. Elle est primipare.

Antécédents héréditaires : Elle a un père rhumatisant, une mère cardiaque. Pas de grossesse gémellaire dans la famille.

Antécédents collatéraux : Une sœur de 23 ans, bien portante. Un frère et une sœur morts en bas âge ; une autre sœur morte à 22 ans.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein. Elle a fait ses premiers pas à 12 mois. Elle a contracté pendant son enfance, rougeole, coqueluche, variole, scalartine. Elle a eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu à 5 et à 11 ans. Caractère de ses règles : Première menstruation à 13 ans. Depuis, réglée régulièrement tous les 21 jours. Ses règles indolores durent 3 jours. La malade présente une bonne santé habituelle, si ce n'est qu'elle aurait eu une atteinte cardiaque, rhumatismale, et aurait pris parfois de la digitale ??...

Elle a eu ses dernières règles du 30 mai au 8 juin 1913, par

conséquent l'accouchement probable devrait être le 11 mars 1914.

Sa grossesse a été très mal supportée. Le premier mois, elle a souffert de vomissements légers après les repas. Ceux-ci se sont accentués dans le courant du 2^e mois, au point que la malade ne pouvait supporter aucun aliment. Le 3^e mois vit se produire une légère amélioration qui fut bientôt telle que les viandes purent être de nouveau supportées, et la reprise du travail possible. A cet état de choses se joignait une constipation opiniâtre. La malade n'allait à la selle que par lavements.

Pas d'albumine.

Le 8 décembre, la malade se lève comme d'habitude, mais se met à perdre de l'eau abondamment, sans douleurs. Elle se couche chez-elle. La sage-femme mandée aussitôt conseille à la malade d'entrer à la Charité. Celle-ci évalue à 4 litres la quantité d'eau perdue chez elle. A la 2^e infirmerie, elle perd encore 4 autres litres. Deux jours après, des pertes rouges apparaissent. La malade sent des douleurs très fortes et fréquentes, irradiées dans les reins et apparaissant toutes les deux minutes.

A l'inspection, on constate un ventre peu volumineux, une pigmentation peu marquée.

Au palper, on ne perçoit qu'une masse confuse. On ne trouve pas de tête au détroit supérieur. Un peu à gauche de la ligne médiane, et au dessus de l'ombilic, on a la sensation d'un corps dur, régulier, qui paraît être une tête. HU = 27 cm., CO = 88 cm.

Au toucher, on trouve un col dilaté à 3 cm. On sent la présentation qui paraît être un siège petit. On a en effet l'impression de toucher un membre inférieur relevé. En allant profondément, on sent un main très petite : d'où la déduction que le fœtus est très petit. Etant donné, d'autre part, le volume de l'utérus, qui remonte au dessus de l'ombilic, on fait le diagnostic d'avortement gémellaire, avec hydramnios.

A l'auscultation, on n'entend pas de bruits du cœur.

Le 11 décembre, à 11 heures du matin, la malade accouche

d'un premier enfant, qui se présente par le sommet. C'est un exencéphale du poids de 600 grammes. Son cœur ne bat plus.

On pratique à ce moment un autre toucher qui indique une poche des eaux en avant d'une nouvelle présentation. On rompt cette poche et on diagnostique un siège petit.

Bientôt après, la parturiente accouche d'un 2^e enfant vigoureux, qui respire rapidement.

OBSERVATION VII (FABRE).

Multipare — Syphilis certaine — Anencéphale.

La nommée G. . . . , ménagère, a 27 ans. Elle a eu ses premières règles à 16 ans. Celles-ci ont toujours été régulières. Elle en est à son quatrième accouchement :

1^o Accouchement en 1908, à la Maternité, d'un enfant prématuré ;

2^o Accouchement en 1909, à la Maternité, d'enfant vivant, à terme ;

3^o Accouchement en 1913, chez elle, d'un enfant vivant, élevé au biberon.

Ses dernières règles ont persisté jusqu'au mois de septembre, moment où ont été perçus les mouvements actifs du fœtus.

Elle est atteinte de syphilis certaine ; elle a présenté une chute abondante de cheveux, et souffert de violents maux de tête, au début de sa grossesse.

Les douleurs du travail ont commencé le 28 décembre 1914. Elle a accouché dans la montée de l'escalier, aussi n'existe-il pas d'autres renseignements sur elle.

OBSERVATION VIII (FABRE).

Primipare — Fœtus anencéphale de sexe masculin Sommet — Mort-né.

Le 10 mars 1915, la nommée P. . . , âgée de 19 ans, entre à la salle des douleurs.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants, bien portants.

Antécédents collatéraux : Un frère et une sœur morts en très bas âge, on ne sait de quelle maladie. Cinq sœurs et deux frères vivants et bien portants.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein maternel ; elle a fait ses premiers pas à un an. Comme maladies de l'enfance, elle a eu la rougeole et la coqueluche, un érysipèle à 14 ans. La malade a 1 mèt. 55. Les seins et les mamelons sont bien constitués. Premières règles à 14 ans, qui depuis, ont été toujours douloureuses, abondantes, durant cinq jours.

Les dernières règles se seraient produites du 4 au 9 avril 1914. Huit jours après, c'est-à-dire le 17 avril, la malade a eu un abcès à la gencive supérieure. Dès le début de cet abcès, elle s'est alitée ; quelques jours après, le médecin a fait l'incision de l'abcès. Pendant toute sa grossesse, la malade a souffert d'un point dans le côté droit. Elle a eu des maux de cœur du jour et de la nuit, des vomissements, des pertes de cheveux, pas de maux de gorge. Elle a eu aussi des rhumes, des hémoptysies.

La durée de la dilatation va durer 15 heures et la durée d'expulsion du fœtus, 45 minutes.

Premier toucher : Dilatation comme petite paume de main. La malade présente des contractions permanentes, qui rendent le toucher très difficile. La poche des eaux bombe fortement. Il semblerait que l'on sent à droite le front avec la pyramide du nez.

Second toucher : Hésitations entre un siège et une face.

Troisième toucher, fait par la sœur de service. Elle trouve un col dilaté à 5 cm., une poche des eaux qui bombe fortement, de nombreuses irrégularités, et elle croit à la présentation d'un siège complet.

Enfin, après toutes ces incertitudes, la tête se présente à la vulve, après que la malade a perdu ses eaux. On éprouve de grands empêchements au dégagement des épaules. On donne à la malade 25 cgr. de chloral, pour lutter contre les difficultés

de la fin de l'accouchement. L'on se trouve devant un anencéphale mort-né, de sexe masculin, pesant 2.980 grammes, et ayant une longueur de 48 cm.

OBSERVATION IX (FABRE).

Fœtus anencéphale de sexe féminin — Présentation du sommet — Primipare.

Antoinette F . . . , tisseuse, est âgée de 20 ans. Elle a eu sa première époque menstruelle à 12 ans 1/2. Elle a eu une menstruation toujours régulière. Elle est à sa première grossesse. Ses dernières règles sont venues du 20 au 24 juillet 1914. L'accouchement probable devrait être à la fin avril 1915.

Elle a eu une bronchite au 4^e mois de sa grossesse, chute de cheveux, céphalée intense, maux de gorge.

Le 27 mars 1915, se produit la rupture des membranes. La dilatation complète, le 29, a duré 3 jours et demi. La durée de l'expulsion a été de 1 heure. La malade accouche d'un fœtus anencéphale de sexe féminin, qui se présente par le sommet.

OBSERVATION X (FABRE).

Primipare — Anencéphale — Hydramnios — Fille mort-née.

Le 5 juillet 1918, la nommée A . . . , 18 ans, journalière, entre à la salle des douleurs.

Elle a eu ses premières règles à 13 ans 1/2, et a toujours été bien réglée depuis. C'est une primipare. Elle a eu ses dernières règles à la fin octobre 1917. Elle s'est plainte de beaucoup de pertes blanches, pendant sa grossesse, d'ailleurs bien supportée.

L'auscultation est négative. La durée de la dilatation a été de 15 heures, l'accouchement de 10 minutes. L'enfant se dégage en sommet. C'est une fille mort-née, du poids de 1.160 grammes, que ses malformations multiples font ranger dans le genre anencéphale. Le liquide amniotique atteint 4 litres de liquide.

OBSERVATION XI (FABRE).

Secondipare — Fœtus de sexe masculin, anencéphale.

Le 13 septembre 1918, Louise A. . . . , 24 ans, employée, a accouché en ville, d'un fœtus de sexe masculin, anencéphale.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 15 ans, qui ont toujours été indolores, peu abondantes.

Elle a déjà accouché, en 1916, à la Maternité, d'un enfant macéré. Ses dernières règles sont venues du 4 au 9 février 1918. La grossesse a été bien supportée.

On n'a point d'autres renseignements sur la marche de l'accouchement.

OBSERVATION XII (FABRE et RHENTER).

*Hydramnios — Primipare — Présentation céphalique —
Fœtus anencéphale — Syphilis probable.*

La nommée R. . . , a 35 ans. Elle a la profession de lingère. Elle entre, le 26 janvier 1920, à la Charité. La dernière apparition de ses règles a eu lieu du 20 au 24 juin 1919. La date de l'accouchement probable est le 27 mars 1920.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'une tumeur au cou ; le père est mort alcoolique.

Antécédents personnels : Elle a été élevée au sein ; elle ignore quand elle a fait ses premiers pas. Elle n'accuse pas de maladie antérieure. Elle a eu sa première époque menstruelle à 15 ans. Depuis, ses règles ont été régulières, durant 5 à 6 jours. C'est une primipare. Elle accuse avoir présenté un certain degré d'anémie en 1916.

Sa grossesse a été bien supportée jusqu'au 7^e mois. Jusquelà elle n'a eu à signaler qu'une chute abondante de cheveux au 6^e mois. Jamais de céphalée.

A partir du 7^e mois, le volume de son abdomen se met à

augmenter rapidement. Elle commence à ressentir de violentes douleurs dans le creux épigastrique, qui l'empêchent de dormir la nuit.

Voici quels sont ses diamètres externes :

Diamètre biépineux.....	24 cm.
— bicrète.....	27 —
— bitrochantérien.....	29 —
— de Baudelocque.....	20 —

Examen de M. le Dr RHENTER, Chef de Clinique à la Charité,
le 27 janvier 1920 :

HU = 38 cm. CO = 89 cm.

L'abdomen est tendu, la peau luisante. On a une sensation de flot très nette. Le palper fœtal est imprécis. On a l'impression d'une hydramnios à marche rapide, d'autant plus que la malade dit avoir eu, il y a trois semaines, la notion que son abdomen augmentait considérablement et brusquement de volume.

Il n'existe pas d'antécédents spécifiques ; on institue un traitement mixte.

Examen du 29 janvier : HU = 37 cm. CO = 91 cm.

La malade déclare être un peu plus gênée pour respirer et souffrir d'une brûlure au creux de l'estomac.

Examen du 3 février : HU = 40 cm. CO = 95 cm.

La gêne respiratoire s'accroît. La malade a de l'insomnie, de l'oligurie, pas d'albumine. Les douleurs commencent. Le col, à ce moment, est non effacé, non dilaté. Les bruits du cœur sont petits, à 100 pulsations.

Examen du 4 février : La malade, brusquement, se sent inondée. Elle vient de suite à la salle des douleurs, en projetant au dehors un énorme flot de liquide, et l'on évalue cette issue de liquide à cinq litres environ.

Le toucher est excessivement difficile, car la malade ne se laisse que difficilement examiner. La dilatation est complète, le segment inférieur bien constitué ; la tête est engagée, et on sent sur celle-ci des inégalités.

La durée de l'expulsion est de 3 ou 4 douleurs.

Il s'agit d'un fœtus anencéphale présentant en outre de multiples malformations (hernie diaphragmatique, atrésies de l'intestin, atrophie des surrénales).

OBSERVATION XIII (D^r COMMANDEUR).

Multipare — Fœtus exencéphale — Pas d'hydramnios (Observation de clientèle).

Madame X. . . , a eu ses dernières règles vers la fin de mars 1918. C'est une quartipare. Elle a eu trois enfants à terme, et des accouchements normaux.

La grossesse a débuté dans des conditions morales pénibles. L'accouchement probable est pour le début ou le milieu de mars.

Le 18 janvier 1919, l'utérus est régulièrement développé ; la grossesse est d'environ six mois. Il n'y a point d'hydramnios. Les signes fœtaux sont encore peu précis ; on a la sensation du fœtus en siège. Les bruits du cœur sont normaux. La hauteur utérine est de 24 cm.

Le 20 février, la grossesse étant à 7 mois, le diagnostic de la présentation est difficile. On ne sent pas nettement de tête au détroit supérieur. On dirait une présentation plongeant profondément et non accessible par le palper. On ne sent au niveau du fond utérin, ni ballottement céphalique, ni encoche de Pinard. La hauteur utérine est de 29 cm. Pas d'hydramnios.

Le 28 mars, l'utérus n'a pas beaucoup augmenté de volume. Hauteur utérine : 31 cm. La sage-femme croit à une présentation du siège. Au palper, on sent au détroit supérieur quelque chose de peu gros, ne donnant pas la sensation d'une tête fœtale ; cette partie plonge un peu. L'exploration du fond utérin, ne donne ni ballottement céphalique ni encoche de Pinard. Le dos est à gauche, les bruits du cœur sont normaux.

Au toucher, le col est gros, béant, bien ramolli, le segment inférieur est assez mince. La présentation fœtale élevée donne

en gros par son irrégularité, la sensation d'un siège. A gauche et en avant, on sent comme une pointe mousse rappelant un coccyx ; en arrière et à droite, on trouve quelque chose ressemblant à une fesse. La pression sur la présentation provoque des mouvements fœtaux très actifs et très brusques, et cela de façon constante. Il n'y a pas d'hydramnios ni même d'eaux abondantes. L'accouchement est en retard marqué de 15 jours sur la date probable. On pense à ce moment à une malformation crânienne (anencéphale ou exencéphale), en raison de l'absence de signes précis et révélateurs de la tête et surtout en raison des mouvements convulsifs réveillés par la pression sur la présentation.

Le 17 avril, a lieu l'accouchement. Au début du travail, la sage-femme croit à une présentation de la face bien qu'elle ait été prévenue de la possibilité d'une malformation crânienne.

La dilatation une fois avancée, on sent dans la poche des eaux une masse mollassse, grossièrement pédiculée, reposant profondément sur des parties dures, osseuses et irrégulières.

L'accouchement montre qu'il s'agit bien d'un exencéphale avec absence de voûte crânienne, masse cérébrale du volume d'une petite mandarine et divisée en 2 lobes. L'enfant pèse plus de 3.000 grammes, vient vivant et meurt quelques heures après.

OBSERVATION XIV (D^r VORON).

Multipare — Fœtus anencéphale de sexe masculin, avec atrophie des organes génitaux.

La nommée P. . . , âgée de 42 ans, a eu ses dernières règles du 4 au 7 août 1918. L'accouchement probable est pour le 13 mai 1910.

Antécédents héréditaires : Père vivant, mère morte de suite de couches.

Antécédents collatéraux : Ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels : A été nourrie au sein. On ignore la date où elle a marché. Elle a été réglée à 17 ans.

Elle a eu 3 grossesses antérieures.

1° Son premier enfant est mort à 4 ans, de lésions syphilitiques ;

2° Le deuxième a 3 ans 1/2, est vivant ;

3° En dernier lieu, elle a eu une fausse couche de 3 mois.

Elle a eu un goître opéré à 13 ans, une bronchite à 15 ans.

Examen clinique : Le 14 janvier 1919..., fœtus de cinq mois.

Le 15 avril 1919, le fœtus est en position transversale, la tête dans la fosse iliaque droite.

Le 24 avril, la tête est en bas ; on se pose la question d'une gémellaire possible.

Le 3 mai, le palper est rendu difficile. Les bruits du cœur sont trouvés à gauche, sous l'ombilic.

Le 8 mai, le gros ventre rend le palper presque impossible. La tête semble ballotter en bas. S'agit-il d'une gémellaire ?

Le 23 mai, le dos est à gauche. On sent les petites parties dans la corne droite. La tête n'est pas perceptible. Les bruits du cœur sont à gauche, assez en arrière, au-dessous de l'ombilic.

HU est alors de 41 cm.

Le 30 mai, à 5 heures du soir, les douleurs commencent, et avec elles on assiste à la rupture des membranes.

Le travail dure 3 h. 15. Le liquide amniotique est verdâtre, abondant.

La mère accouche d'un fœtus anencéphale, de sexe masculin, pesant 3.200 grammes, et présentant de l'atrophie des organes génitaux.

OBSERVATION XV (D^r VOIRON).

Hydramnios — Multipare — Fœtus exencéphale à malformations multiples, de sexe féminin.

Madeleine L... a eu ses dernières règles le 11 mai 1919. Son père est mort d'une hémorragie cérébrale. Sa mère est

morte d'albuminurie. Elle a un frère bien portant. Elle même a été nourrie au sein, a marché tôt, depuis l'âge de 13 ans est réglée régulièrement. Elle a eu la rougeole, des rhumatismes.

Quelque temps après son mariage, il y a 15 ans, elle a eu des névralgies, une céphalée surtout nocturne.

Renseignements sur ses grossesses antérieures :

1° Première grossesse normale. L'enfant mourut, à 4 mois, d'entérite ;

2° Seconde grossesse normale. Enfant vivant, bien portant.

3° Accouchement prématuré d'un enfant de 8 mois, macéré.

4° Enfant mort, à 18 mois, de bronchite.

5° Enfant vivant, bien portant.

Le 9 décembre 1919, les douleurs commencent, et l'accouchement se produit le 10. Le liquide amniotique est verdâtre, abondant. Il s'agit d'un enfant macéré, du sexe féminin, pesant 250 grammes, présentant des malformations multiples le faisant ranger dans le genre exencéphale ; il faut noter l'absence d'un pousse, et une spina-bifida totale.

CHAPITRE III.

Grossesse et malformations céphaliques.

Les signes que nous rechercherons, permettant d'envisager pendant la grossesse, la possibilité d'une malformation crânienne, sont en partie tirés de nos observations précédentes. Nous les avons empruntés aux quatre éléments fondamentaux du diagnostic : l'*inspection*, la *palpation*, l'*auscultation* de la malade et le *toucher*, nous réservant de revenir sur la *marche de la grossesse* et son interruption possible.

I. Inspection.

A première vue, l'inspection de la femme en état de grossesse nous montre souvent, dans les cas de malformation du crâne, un développement exagéré de l'abdomen. Celui-ci est lié à une hydropisie de l'amnios, et nous avons constaté en effet dans plusieurs de nos observations précitées une quantité considérablement accrue de liquide amniotique.

On ne peut guère demander à l'inspection que cette

notion de l'existence probable d'une hydramnios dont la coïncidence est, on le sait, fréquente avec les malformations céphaliques.

II. Palpation.

A) *Hydramnios*. — La palpation donne des renseignements importants, et d'abord, elle permet de poser le diagnostic d'hydramnios que l'inspection a fait prévoir : on trouve une circonférence ombilicale exagérée, l'utérus a une forme régulièrement sphérique, les doigts perçoivent un « flot » plus ou moins net, suivant l'état de tension des parois utérines.

Cette augmentation en quantité du liquide amniotique pourrait s'expliquer par l'hypersécrétion chez les anencéphales du liquide céphalo-rachidien, qui vient se déverser à un certain moment dans la cavité amniotique, et sans doute aussi par l'hypersécrétion de l'amnios lui-même.

B) *Mouvements actifs du fœtus*. — Les mouvements actifs du fœtus, qu'ils donnent sous la main l'impression de reptation ou de choc, sont modifiés au point de vue de leur intensité, de leur siège et de leur coordination.

Tous les auteurs s'accordent pour dire que leur *intensité* est exagérée ; cependant ils peuvent paraître moins vifs à la mère, à cause de la grande quantité de liquide amniotique, qui peut amortir tous ces déplacements fœtaux.

Au point de vue du *siège* de ces mouvements actifs, on les perçoit dans des points très éloignés et l'on est frappé de la rapidité avec laquelle les petites parties fœtales changent de position. C'est compréhensible, si l'on songe que le fœtus nage véritablement dans l'excès de liquide.

Ces mouvements présentent un *caractère vibratoire* spasmodique, assez régulier. On sent de petites secousses brusques, comme si le fœtus vibrait. Ces mouvements peuvent être perçus rythmés, soit par la mère, soit par la main qui palpe l'utérus. Ils sont convulsifs ; ils se renouvellent pendant plusieurs minutes ; leur rythme peut être rapide.

Monsieur le Professeur PINARD, dans un de ses cours (1881), a donné quelques renseignements sur la façon d'arriver par le palper au diagnostic qui nous occupe : Il dit qu'il est souvent très difficile de déterminer les pôles du fœtus, qui évolue librement dans la masse amniotique, et l'on cherche en vain la tête, étant donné sa petitesse. Mais si l'on place alors la main sur la paroi abdominale, on perçoit de « petites secousses qui se produisent à chaque instant : le fœtus entier frémit ; dans ce cas la cavité utérine contient un anencéphale ».

Nous verrons plus loin que ces mouvements fœtaux à caractère particulier peuvent aussi être provoqués par les pressions exercées sur la présentation au cours du toucher.

III. Auscultation.

Celle-ci se caractérise par la faiblesse, l'éloignement et le développement rapide des bruits du cœur, et ceci trouve son explication dans le fait que le liquide amniotique s'interpose entre le fœtus et l'oreille, et d'autre part nous avons vu que le fœtus présente des mouvements de changement de position, extrêmement rapides et fréquents.

IV. Toucher.

Au toucher, les renseignements fournis présenteront un intérêt dans les cas suivants :

A) Quand il y a discordance absolue entre les constatations faites au toucher, et celles faites au palper :

Tantôt, comme dans notre Observation n° 1, on perçoit au palper une tête qui paraît normalement amorcée ou fixée, et le toucher ne donne au contraire que l'impression d'une présentation élevée et de contours irréguliers.

Tantôt au contraire, le palper serait négatif au détroit supérieur, et le toucher révélerait, du fait de son volume très réduit, une tête toute entière logée dans l'excavation.

B) Le toucher pourra nous permettre encore le diagnostic d'anomalie céphalique, quand par la pression exercée sur la présentation à travers le segment inférieur, on provoque des mouvements convulsifs du fœtus. Ce signe serait un des meilleurs éléments du diagnostic. Mais naturellement, il semble avoir été surtout observé pendant le travail. A ce point de vue, notre Observation n° 13, due à l'obligeance de Monsieur le D^r COMMANDEUR, présente un particulier intérêt : elle nous dit en effet que, pendant la grossesse, « la pression sur la présentation provoque des mouvements fœtaux très rapides et très brusques et cela de façon constante ».

Signalons l'observation, qui paraît unique, de BUDIN où il écrit avoir perçu des battements très nets sur la partie fœtale qui se présentait, l'examen anatomique ultérieur ayant démontré qu'il s'agissait de la terminaison de la carotide interne qui venait déboucher sur le rocher.

En résumé, les éléments de diagnostic, qui permettent

au cours de la grossesse, d'avoir l'attention attirée sur la possibilité d'une malformation crânienne, apparaissent comme de constatation rare et difficile.

Essentiellement nous retiendrons :

1° Une hydramnios abondante que rien par ailleurs ne paraît expliquer ;

2° Un contour particulièrement irrégulier de la tête fœtale ;

3° La perception des mouvements convulsifs du fœtus, surtout quand ceux-ci sont provoqués par la pression exercée au toucher sur la tête fœtale.

4° La discordance entre les renseignements fournis sur les caractères de la présentation céphalique, par le palper et par le toucher.

V. — Marche de la grossesse.

En cas d'hydramnios abondante, la malade présente les symptômes de compression abdominale et thoracique observés en pareil cas (Observ. 12) Mais l'intérêt porte surtout sur la fréquence de l'interruption de cette grossesse avant la date normale du terme.

L'accouchement prématuré se voit en effet fréquemment dans les anomalies céphaliques. Sur 15 observations que nous présentons, une fois nous n'avons pu retrouver si l'accouchement s'était produit à une date normale, et 5 fois seulement, il avait eu lieu à terme.

Nous avons recherché si ces accouchements prématurés avaient coïncidé avec des cas d'hydramnios : sur les 9 accouchements avant terme, il y avait 5 cas d'hydramnios ; mais d'autre part, sur les 5 malades qui accouchèrent à

terme, 2 présentaient de l'hydramnios. Ainsi donc l'hydramnios ne paraît pas être en rapport de façon absolue avec l'accouchement prématuré.

Cet accouchement prématuré peut-il s'expliquer d'autre façon ? Nous ne trouvons à signaler dans cet ordre d'idées que 2 ruptures prématurées de membranes, survenues chez 2 malades qui ne présentaient pas d'hydramnios.

Le diagnostic de la menstrosité se fait mieux pendant le travail que dans le cours de la grossesse, étant donné la rupture de la poche des eaux, ce qui permet de se livrer à un examen plus direct de la présentation. Un peu avant l'écoulement du liquide amniotique, la forme de la poche des eaux peut orienter vers le diagnostic d'une anomalie. En effet, l'engagement du fœtus est long à se produire, et à chaque contraction utérine, la poche des eaux devient plus saillante, plus volumineuse, plus allongée, mais évidemment, un tel signe ne peut rien avoir de pathognomonique.

Pendant l'accouchement, la palpation et l'auscultation ne donnent rien de spécial.

Le toucher devient plus précis. Aux signes qu'il nous a donnés pendant la grossesse, vient s'ajouter la constatation de tous les détails qui constituent la base du crâne, avec, comme points de repère : les apophyses clinoides, la surface basilaire, le rocher, les bords de l'échancrure rachidienne, la gouttière rachidienne limitée par la série des tubercules représentant les apophyses transverses des vertèbres.

Nous avons cherché, dans nos 14 Observations, quels étaient les cas où, pendant la grossesse, on avait pu faire

ou plus exactement *prévoir* le diagnostic, quels étaient ceux où rétrospectivement, il semble que l'on aurait pu y songer, quels étaient enfin ceux où rien *à priori* ne le rendait possible.

Dans 2 Observations (N° 1, FABRE ; n° 13, COMMANDEUR), la malformation put être prévue. L'attention fut attirée, dans le premier cas, par la dissociation des signes fournis par le palper et par le toucher, au sujet des caractères de la tête fœtale ; dans le second, la présomption fut surtout basée sur le caractère convulsif des mouvements fœtaux et sur leur provocation par le toucher. Dans aucun des 2 cas, il n'y avait d'hydramnios.

Dans 7 Observations, l'hydramnios fut constatée. Mais, dans un de ces cas, il s'agissait de grossesse gémellaire, et le diagnostic d'anencéphalie était, *à priori*, impossible. On pouvait y songer dans les 6 autres, et on y songea, en effet, dans l'Observation n° 12 (FABRE et RHENTER). Mais, sur la seule constatation d'une hydramnios, même quand un examen antérieur n'a pas révélé de symptômes de gémellaire, la prudence exige évidemment que l'on se borne à une supposition. Dans nos 6 Observations, en effet, aucun autre signe ne venait donner plus de poids à l'hypothèse.

Restent 6 Observations où la grossesse évolua sans symptômes ayant attiré l'attention, ce qui, avec le cas où il s'agit d'une gémellaire, porte à 7 les Observations où rien ne pouvait faire supposer, si peu que ce soit, l'existence de l'anencéphalie. Il est vrai que les Observations n°s 2, 5, 7, 9 et 11, ont trait à des malades qui ne firent qu'accoucher à la clinique obstétricale et dont les observations sont, de ce fait, assez incomplètes au sujet des symptômes présentés pendant la grossesse.

Nous avons enfin recherché si dans l'histoire des 14 malades dont nous publions les observations, on retrouve des signes de syphilis héréditaires ou acquise, et nous sommes ainsi conduits aux conclusions suivantes :

8 Malades ne présentent rien dans leur histoire qui puisse faire suspecter la syphilis (Obs. 1, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13).

Chez 4 malades, des signes existent assez vagues pour deux d'entre elles (n^{os} 2, 9), plus précis pour les deux autres (n^{os} 11, 15), qui ont eu antérieurement des macérés.

Deux malades, enfin, sont données comme certainement syphilitiques (n^{os} 7, 14).

CONCLUSIONS.

1° Les malformations céphaliques du fœtus, peuvent passer complètement inaperçues au cours de la grossesse, celle-ci ne présentant aucun symptôme anormal qui puisse attirer l'attention.

2° Dans certains cas, il existe une hydramnios dont la constatation peut, en l'absence d'autres causes appréciables, faire admettre la possibilité de la malformation. Cette hydramnios paraît coïncider avec les malformations céphaliques dans environ la moitié des cas, soit sept cas sur nos quinze observations.

3° Les symptômes sur lesquels on est autorisé à baser une présomption plus précise consistent essentiellement dans :

a) La divergence des renseignements fournis par le palper et le toucher, dans les cas où il n'y a pas d'hydramnios.

b) Le caractère convulsif des mouvements fœtaux, surtout quand ceux-ci sont provoqués par le toucher.

4° L'accouchement prématuré est fréquent dans les malformations céphaliques. Sur quatorze observations où ce renseignement est précisé, il se produisit dans neuf

cas. De ces neuf accouchements avant terme, quatre eurent lieu en dehors de toute hydramnios, mais d'autre part deux grossesses avec hydramnios allèrent à terme. L'hydramnios ne paraît donc pas être en rapport, de façon absolue, avec l'accouchement prématuré.

Dans deux cas, en dehors de l'hydramnios, l'accouchement prématuré peut être expliqué par une rupture prématurée des membranes.

5° La syphilis ne paraît pas fréquente dans les antécédents des malades (2 cas certains sur quinze et quatre douteux.)

Le Président de la Thèse,

 FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 avril 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- ANTIQUEDAD. — Anali de obstet. y gin., avril 1887.
- BRINDEAU. — La pratique de l'Art des accouchements.
- P. BUDIN. — Femmes en couches et nouveaux-nés, p. 230.
- CARAFÉ. — *Progrès médical*, 1882, p. 618.
- CHARPENTIER. — Accouchements, p. 586.
- CLIPPINGER. — Méd. and surg. Reporter, Philadelphie, T. XL, p. 152.
- DARESTE. — Recherche sur la production artificielle des monstres.
- DORAN. — Soc. obst. de Londres, 6 février 1889.
- EUSTACHE. — Sur un fœtus dérencéphale. Arch. de Tocologie, T. XI, 1879, p. 84-107.
- FABRE et RHENTER. — Anencéphalie et hydramnios. Réunion obst. de Lyon, 5 février 1920.
- GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation, chez les hommes et les animaux, 1837.
- HERBERT SPENCER. — London obst. Trans., T. XXX, 1888, p. 408.
- KUNDRAT. — Archinencéphalie. *Revue des Sc. méd.*, 1882.
- LAULAIGNE. — Contribution à l'étude de l'anencéphalie pendant la grossesse. Thèse 1883.
- MOUTARD-MARTIN. — *Progrès médical*, 1882, p. 463.
- RIBBERT. — Beitrag zur butstehung der Anencéphalie.
- RIVET. — Hydrocéphalie anencéphalique. *Progrès méd.*, 1884, p. 445.
- TARNIER et BUDIN. — Accouchements. Vol. 2, p. 435.

Virchow's Archiv, T. XCIII, cah. III et *Centralb.*, f. gyn.,
1984, n° 5, p. 77.

WALLACE.— *Trans. of the obst. Soc. London*, 1876, T. XVIII,
p. 176.

WARYNSKI. — *Arch. de Tocol.*, 1886, T. XIII, p. 375. *Rev.*
méd. de la Suisse romande, 15 mars 1886.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Généralités	7
— II. — Observations.....	14
— III. — Grossesses et malformations céphaliques	30
CONCLUSIONS.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE L. DECLUME, LONS-LE-SAUNIER.
